

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO

COMPARATIVO DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL E NO REINO UNIDO

CURITIBA
2013

ALINE MATSUSHITA

COMPARATIVO DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL E NO REINO UNIDO

Artigo de conclusão de curso de especialização do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Ribas Cavalieri

CURITIBA

2013

RESUMO

O Brasil e o Reino Unido são duas das maiores economias mundiais, porém com grandes diferenças sociais e de gastos públicos. O Brasil, além de possuir um elevado número de habitantes em situação de pobreza e ser destaque em desigualdade social, apresentou um PIB per capita 3,4 vezes menor que o Reino Unido em 2012. Apesar das diferenças, os dois países investem significativamente em programas de assistência social. A seguridade social se tornou responsabilidade do governo a partir da Constituição Federal de 1988 no Brasil e da implementação do *Welfare State* no Reino Unido. Entre os principais programas sociais destes países, pode-se citar os programas de transferência de renda, os de auxílio-desemprego e os de auxílio na habitação.

PALAVRAS-CHAVE

Brasil. Reino Unido. Seguridade social. Saúde pública. Programas sociais.

ABSTRACT

Brazil and the United Kingdom are two of the largest economies in the world, but with great social and public spending differences. Brazil has a high number of people in poverty, is known by its social inequality and had a GDP per capita 3.4 times smaller than the UK in 2012. Despite their differences, the two countries are investing significantly in social assistance programs. Social welfare became the responsibility of the government with the Constitution of 1988 in Brazil and the implementation of the Welfare State in the UK. The most important social programs in these countries, are the programs of Income Support, Jobseeker's Allowance and Housing Benefit.

KEY WORDS

Brazil. United Kingdom. Social Security. Public health. Social programs.

1. INTRODUÇÃO

A segurança social tem a finalidade de gerar alívio à pobreza, proteção contra dificuldades inesperadas que interfiram na capacidade de geração de renda do indivíduo (como doenças ou desemprego) e redistribuição de renda. O Reino Unido é um dos países com maior gasto em benefícios sociais, e o Brasil, desde 2003, tem aumentado consideravelmente seus programas de assistência social. O objetivo deste artigo é estudar de modo exploratório os programas sociais dos dois países e ao mesmo tempo fazer um comparativo levando em conta a situação econômica bastante diversa entre eles. Neste trabalho será feita uma exposição dos diferentes programas e seu conteúdo servirá de base a estudos posteriores.

É interessante fazer a comparação entre as políticas desses dois países uma vez que as condições de vida de seus habitantes são completamente diferentes, fazendo com que os critérios para a escolha dos beneficiários e os benefícios também sejam divergentes. No Brasil, este assunto ganhou grande importância a partir da Constituição de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde, tornando o governo responsável por conceder saúde, previdência e assistência social à sua população. A partir de 2003, com o início do governo Lula, houve um aumento no financiamento e na gestão de programas sociais, o que gerou muitas críticas positivas e negativas.

O item 2 compara o Brasil e o Reino Unido em termos de quantidade de habitantes, valor do Produto Interno Bruto e Receitas e Despesas públicas. O terceiro item fala da seguridade social no Brasil e no Reino Unido através da Constituição de 1988 no primeiro e da implantação do *Welfare State* no segundo. Já o item 4 é a respeito dos gastos governamentais com a saúde e do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e do *National Health Service* (NHS) no Reino Unido. O item 5 trata dos programas de assistência social dos dois países, nas modalidades transferência de renda, auxílio desemprego e auxílio na habitação. Por fim, o sexto item traz as conclusões finais do trabalho.

2. DADOS ECONÔMICOS BRASIL X REINO UNIDO

De acordo com dados do Banco Mundial, a população brasileira é 3,14 vezes maior que a população do Reino Unido. Em 2012, o Brasil possuía 198.656.019 habitantes, enquanto o Reino Unido apresentou uma população total de 63.227.526. No entanto, com o passar dos anos, o crescimento populacional vem se aproximando nos dois países (0,87% no Brasil e 0,75% no Reino Unido em 2012). O gráfico 1 mostra a evolução da população desses países de 1990 a 2012.

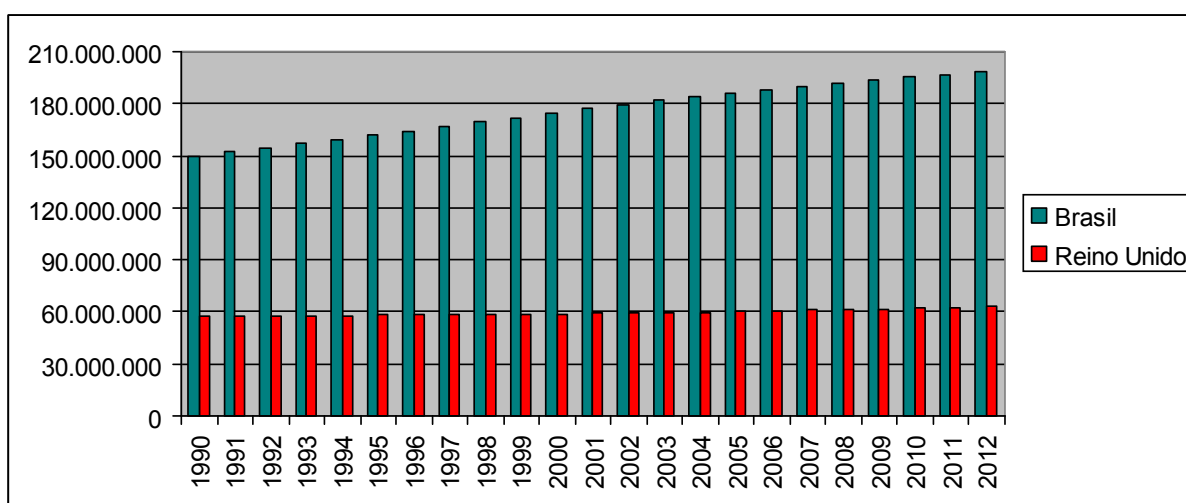


GRÁFICO 1 – POPULAÇÃO TOTAL – 1990 – 2012
 FONTE: World Bank (2013)

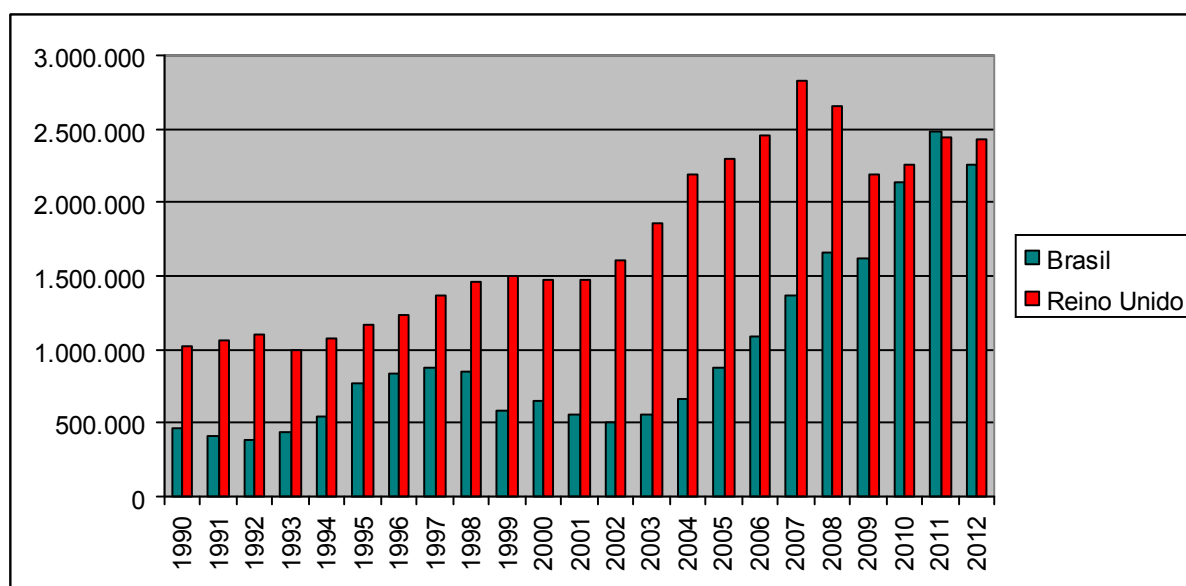


GRÁFICO 2 – PRODUTO INTERNO BRUTO (US\$ MILHÕES) – 1990 – 2012
 FONTE: World Bank (2013)

O Produto Interno Bruto dos dois países não é tão diferente - US\$2.252.664,12 milhões no Brasil e US\$2.435.173,78 milhões no Reino Unido em 2012, o que concedeu aos países o sexto e sétimo lugar como maiores economias do mundo. Apesar disso, o PIB per capita do Reino Unido (US\$38.514,46) é 3,4 vezes maior que o do Brasil (US\$11.339,52), conforme pode ser visto nos gráficos 2 e 3. Já a taxa de crescimento do PIB vem sendo maior no Brasil desde 2004. Em 2012, o PIB brasileiro cresceu 0,87%, enquanto o do Reino Unido teve um aumento de 0,27% (WORLD BANK, 2013).

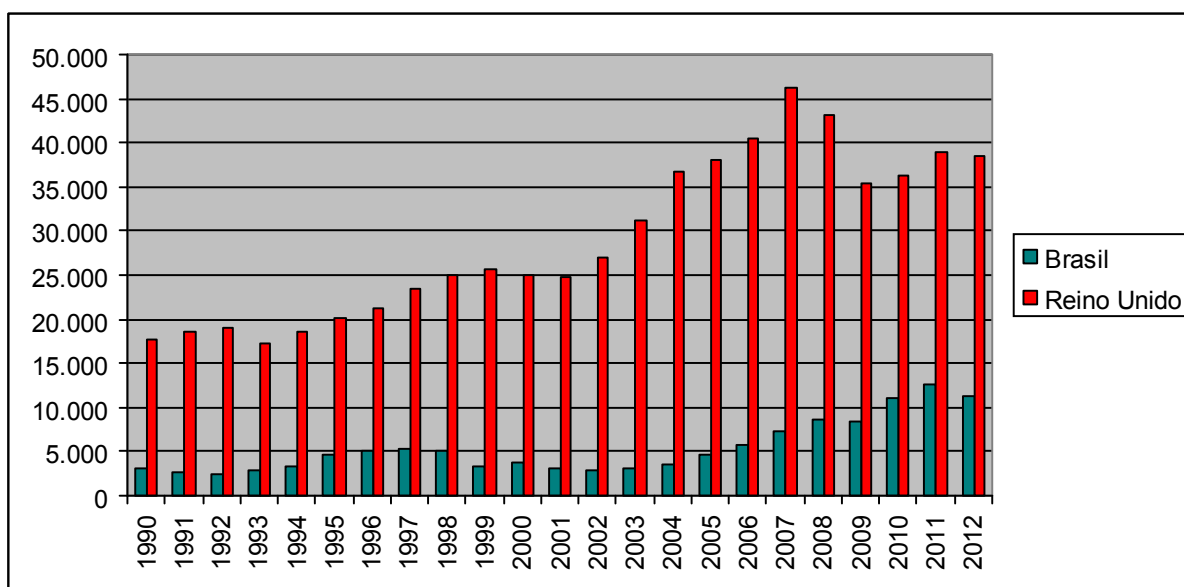


GRÁFICO 3 – PIB PER CAPITA (US\$ MILHÕES) – 1990 – 2012
 FONTE: World Bank (2013)

De acordo com o Banco Mundial, a receita pública agrega os recebimentos de impostos, contribuições sociais e outras receitas, tais como multas, taxas, aluguel e renda da propriedade ou de vendas. Em 2011, a receita do governo brasileiro representou 24,97% do PIB, ou seja, US\$618.420,05 milhões, enquanto a receita do governo do Reino Unido foi de 36,83% do PIB, um total de US\$900.450,73 milhões.

Já despesa é o pagamento em dinheiro para as atividades do governo operando no fornecimento de bens e serviços. Inclui a remuneração dos empregados (tais como salários e vencimentos), juros e subsídios, doações, benefícios sociais e outras despesas, como aluguel e dividendos. Em 2011, o governo brasileiro gastou 26,31% do PIB com despesas, um total de US\$651.607,19 milhões, e o Reino Unido teve como despesa 44,31% do PIB, ou seja,

US\$1.083.328,04 milhões. O Gráfico 4 apresenta os dados para as receitas e as despesas governamentais nos dois países.

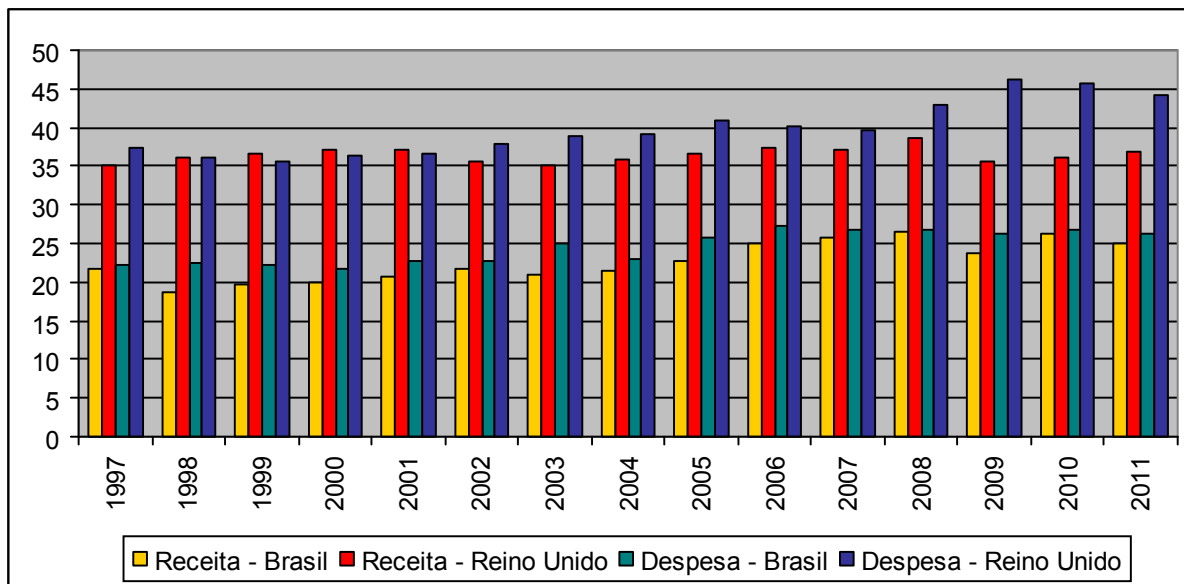


GRÁFICO 4 – RECEITAS E DESPESAS (% PIB) – 1997 – 2011
 FONTE: World Bank (2013)

O total de impostos pagos pelos britânicos e irlandeses também é maior, conforme gráfico 5. Em 2011, os impostos pagos representaram 27,41% do PIB do Reino Unido (US\$670.142,67 milhões), enquanto no Brasil foram arrecadados US\$389.825,05 milhões, ou seja, 15,74% do PIB (WORLD BANK, 2013).

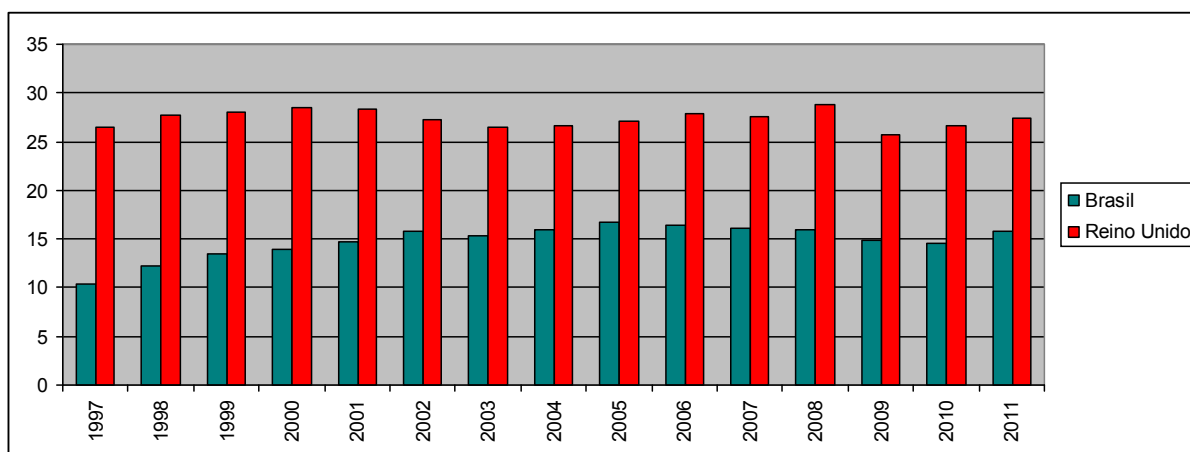


GRÁFICO 5 – IMPOSTOS (% PIB) – 1997 – 2011
 FONTE: World Bank (2013)

3. SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL E NO REINO UNIDO

A segurança social existe pelas seguintes razões:

1. O alívio à pobreza;
2. Proteção social: contra as dificuldades que podem surgir através de uma alteração de circunstâncias. Se as pessoas ficam doentes ou desempregadas, elas não devem perder os seus bens ou privar-se como resultado.
3. Redistribuição: benefícios que vão para as pessoas que têm rendimentos insuficientes à custa de pessoas que têm mais são progressivos. Já apoio a crianças é uma forma de redistribuição horizontal, passando de pessoas sem filhos para pessoas com crianças (SPICKER, 2013).

3.1. CONSTITUIÇÃO DE 1988 NO BRASIL

A Constituição de 1988 apresentou avanços nos campos trabalhista e de seguridade social. O Art. 194 afirma que a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. De acordo com o Art. 195, a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos municípios e das contribuições sociais. Além disso, há uma descentralização de responsabilidades das receitas dos Estados e Municípios. Já a regulamentação das propostas de orçamento passa a ser integrada, com objetivos e metas a serem atingidos e novas fontes para o financiamento, expansão e manutenção da seguridade social (FELIPE, 2006).

A partir da Constituição Federal de 1988, a assistência social passou a ser reconhecida como direito da seguridade social, e o Estado se tornou responsável por garantir seu provimento. Desde 2003, o governo vem investindo fortemente no financiamento e na gestão de programas sociais. Como resultado, os últimos anos da história brasileira presenciaram a redução da miséria, a expansão da classe média e o aumento do consumo. O dinamismo econômico e a menor vulnerabilidade externa resgataram a respeitabilidade do país no contexto internacional.

Em junho de 2011, o governo anunciou uma proposta para enfrentar a extrema pobreza, o Plano Brasil sem Miséria, que consiste em garantia de renda, garantia de acesso aos serviços públicos e inclusão produtiva. A proposta inclui a cobertura de programas de saúde, educação, assistência social, segurança alimentar e infraestrutura básica (habitação, energia e saneamento) nos territórios marcados pela extrema pobreza (IPEA, 2012).

TABELA 1 - EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DOS PROGRAMAS SOB RESPONSABILIDADE DO MDS - 2010

PROGRAMAS	2009		2010		VARIÇÃO REAL 2010/2009
	VALOR EM R\$	NÍVEL DE EXECUÇÃO %	VALOR EM R\$	NÍVEL DE EXECUÇÃO %	
Assistência Social	34.065.109.158	97,7	37.964.040.166	99,4	11,4
Proteção Social Básica - BPC + RMV*	19.681.342.106	97,9	22.234.139.888	100,0	13,0
Proteção Social Básica - Demais Ações	581.348.896	85,2	619.042.427	92,8	6,5
ProJovem	265.563.827	88,3	335.060.563	91,3	26,2
Proteção Social Especial	202.878.816	76,9	289.728.196	80,6	42,8
Erradicação do Trabalho Infantil (Peti)	298.347.145	92,6	280.937.705	91,8	-5,8
Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes	69.086.495	91,9	58.611.900	94,4	-15,2
Transferência de Renda com Condicionais - Bolsa Família	12.925.486.352	99,3	14.073.804.209	100,0	8,9
Economia Solidária em Desenvolvimento	41.055.521	45,9	28.646.478	44,8	-30,2
Resposta aos Desastres e Reconstrução			44.068.800	91,7	100,0
Segurança Alimentar e Nutricional	772.715.791	76,5	947.574.303	92,0	22,6
Outros encargos	177.600.525	92,0	498.941.534	95,7	180,9
Apoio Administrativo	129.451.840	94,6	148.720.117	99,3	14,9
Operações Especiais: Cumprimento de Sentenças Judiciais	89.286	99,9	295.271.563	99,1	330.601,8
Gestão da Política de Desenvolvimento Social e Combate à Fome	48.059.399	85,8	54.949.854	74,8	14,3
Total	35.015.425.474	97,1	39.410.556.003	99,2	12,6

FONTE: IPEA (2012)

* BPC - Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, RMV - Renda Mensal Vitalícia

A tabela 1 mostra a execução orçamentária dos programas sob responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em reais de 2010, deflacionados pelo IPCA. Nota-se que o desempenho do MDS apresentou uma melhora de 2009 para 2010.

3.2. ESTADO DO BEM-ESTAR SOCIAL (*WELFARE STATE*) NO REINO UNIDO

O *Welfare State* é um modelo onde o Estado assume a responsabilidade pela prestação de assistência integral e universal para os seus cidadãos. O conceito está ligado à proteção social e apresenta como principais elementos a garantia de padrões mínimos, incluindo uma renda mínima; proteção social em caso de insegurança e a prestação de serviços com o melhor nível possível. No Reino Unido, os elementos-chave do *Welfare State* são: segurança social, saúde, habitação, educação e crianças (SPICKER, 2013).

A administração do Estado do bem-estar social sofreu duas grandes reformas desde a sua criação. Na primeira fase, que abrange os anos 1960 e 1970, houve a reforma do governo central, a fim de permitir o planejamento e controle dos gastos públicos pelo Tesouro. Os objetivos desta reforma foram a eficiência gerencial e de planejamento econômico através da criação de um sistema no qual o Tesouro destina recursos para os departamentos, e os departamentos para os serviços.

A segunda fase, em 1980 e 1990, levou à reestruturação da função pública e da administração do bem-estar social e foi chamada de "nova gestão pública". Ela tem como principais características: a dissolução da administração em agências, de modo que cada setor pode ser avaliado individualmente; a introdução de gerentes responsáveis por administrar os projetos de forma "empresarial"; e a segregação das compras e da prestação de serviços e a introdução da concorrência, fazendo com que os serviços públicos fiquem mais parecidos com mercados econômicos. Essa tendência é mais forte na área da saúde e assistência social. Nos últimos anos, o trabalho de muitas agências governamentais centrais foi privatizado ou terceirizado, e o papel principal das agências que permanecem é a prestação de serviços direto ao público (SPICKER, 2013).

Atualmente, o Reino Unido possui uma grande diversidade de programas de assistência social que podem ser acumulativos e possuirão um teto até dia 30 de setembro de 2013. O teto coloca um limite na soma total dos benefícios recebidos

por pessoas entre 16 e 64 anos e será de £500 por semana para casais, £500 por semana para pais solteiros cujos filhos morem com eles, e £350 por semana para adultos solteiros que não tenham filhos ou cujos filhos não morem com eles. Pessoas com incapacidade, que sofreram acidente de trabalho ou em guerra e pensionistas de guerra não são afetados pelo teto. Os benefícios são separados nas seguintes categorias: família, pessoas incapazes e cuidadores, crianças, benefícios em caso de morte, benefícios para casa e aquecimento, pessoas à procura de emprego e com baixa renda e créditos tributários (UNITED KINGDOM GOVERNMENT, 2013). A tabela 2 mostra os gastos do governo do Reino Unido (em bilhões de libras) nos últimos oito anos.

TABELA 2 - GASTOS DO GOVERNO DO REINO UNIDO EM BILHÕES DE LIBRAS – 2005 – 2012

SETOR	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Previdência	86,4	89,9	93,9	98,8	108,5	116,4	121,7	129,6
Saúde	82,9	89,6	94,7	102,3	108,7	116,9	120	121,2
Educação	65,1	69,7	73	78,7	83	88,5	91,5	86,9
Defesa	33,4	35,2	36,6	38,3	41	42,6	45	44,4
Bem-estar Social	78	81,6	83,5	90,4	99,5	111,7	113,1	113,7
Família e crianças	21,5	21,4	20,3	22,5	21,7	22,3	21,5	20,6
Desemprego	3,8	4	4,1	6,1	3,5	5,5	5,2	5,6
Habitação	0,6	0,7	0,8	1	4,5	4,7	4,5	3,6
Exclusão Social	13	14,5	15,6	17	20,3	24	25,6	27,4
P&D Proteção Social	0	0	0	0	0	0	0	0
Proteção Social	39,2	41	42,6	43,7	49,4	55,2	56,4	56,5
Proteção	28,5	29,3	30,3	31,5	33,9	34,1	33,2	31,8
Transporte	16	17	19,9	20,5	21	23	21,5	20
Governo	14,2	16,3	16,8	16,9	16	15,9	15	14,1
Outras Despesas	63	68,7	72,6	74,2	90,9	92,5	87,2	84,4
Lucros	24,3	26,2	28,1	30,7	31,3	30,7	45,4	48
Saldo	-0,1	0	0	0	0	0	0	0
Despesa Total	491,8	523,5	549,4	582,2	633,8	672,3	693,5	694,3
Dívida líquida pública	424	463	500	525	616,9	759,5	905,3	1.104,0

Fonte: UK Public Spending (2013)

A “rede de segurança” básica é fornecida por alguns dos principais benefícios: Crédito de Pensão (*Pension Credit*), Subsídio de Desemprego (*Jobseeker's Allowance*), Emprego e Subsídio de Apoio (*Employment and Support Allowance*) e Apoio à Renda (*Income Support*). Esses benefícios dispõem de apenas uma proporção limitada de todo o dinheiro gasto com a segurança social, mas são particularmente importantes, porque eles garantem um nível mínimo de renda para muitos destinatários. Existem quatro elementos básicos:

1. As taxas de escala, ou 'montante aplicável. Elas cobrem todas as necessidades normais do requerente - como alimentos, combustível e roupas - além de custos de habitação.

2. Pagamentos semanais extras para as pessoas em situações particulares, ou "prêmios".

3. Custos de habitação, principalmente hipoteca e seguro para o proprietários. Já o aluguel é tratado através do regime de Subsídio de Habitação.

4. Deduções. As pessoas podem ter seu benefício reduzido devido a desemprego voluntário ou pode haver deduções para cobrir dívidas passadas.

O cálculo é baseado na soma desses elementos, menos a renda existente do requerente. O número de pessoas que dependem desses benefícios básicos tem crescido ao longo dos anos. De acordo com o governo, isso ocorreu, pois o sistema foi adaptado ao seu "papel em massa", transformando-o de um benefício complexo e individualizado para um sistema geral capaz de lidar com milhões de beneficiários (SPICKER, 2013).

4. GASTOS COM A SAÚDE NO BRASIL E NO REINO UNIDO

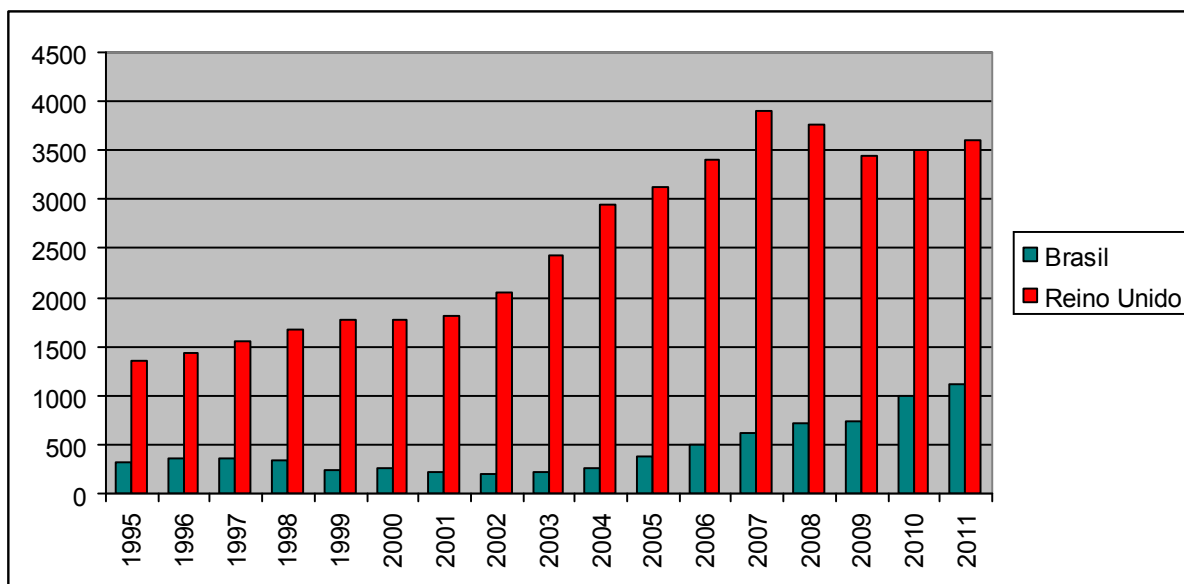


GRÁFICO 6 – GASTO COM SAÚDE PER CAPITA (US\$) – 1995 – 2011
 FONTE: World Bank (2013)

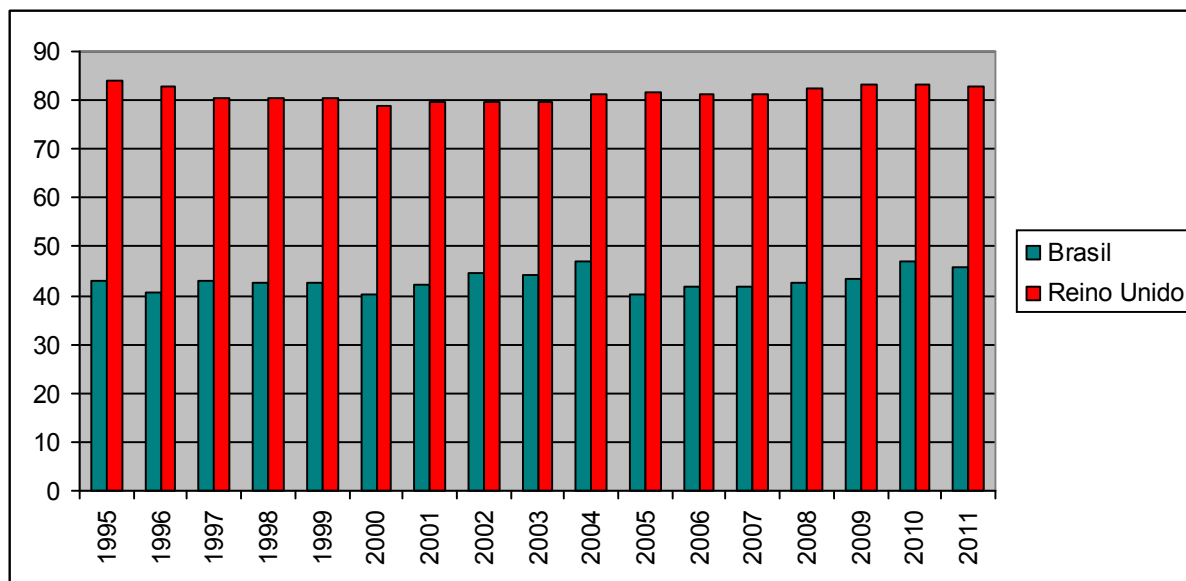


GRÁFICO 7 – GASTO PÚBLICO COM SAÚDE (% GASTO TOTAL) – 1995–2011
 FONTE: World Bank (2013)

Os dois países gastam aproximadamente o mesmo valor em saúde: em 2011, o Brasil teve um gasto de US\$220.422,04 milhões, enquanto o Reino Unido teve um gasto de US\$227.374,20 milhões. Porém, o gasto em saúde per capita no Reino Unido é 3,22 vezes maior que o gasto no Brasil (gráfico 6). Em 2011, o Reino Unido gastou US\$3.608,65 em saúde por habitante, enquanto o Brasil gastou US\$1.120,56. Do valor total gasto em saúde, no Brasil 45,74% vem de gastos públicos (US\$100.821,04 milhões), enquanto no Reino Unido, os gastos públicos representam 82,7% do total, aproximadamente US\$188.038,46 milhões, conforme pode ser visto no gráfico 7 (WORLD BANK, 2013).

4.1. BRASIL

O Brasil tem feito progressos significativos no desenvolvimento humano, refletindo ganhos em estado de saúde, educação e assistência social. Graças a uma série de inovações políticas em cada um desses setores, a igualdade de acesso tem aumentado consideravelmente. Na saúde, a consolidação do financiamento público, organização do setor em um sistema a nível nacional (Sistema Único de Saúde, ou SUS), e maior ênfase na atenção primária e controle de doenças infecciosas têm sido fundamentais para estas melhorias.

O processo de reforma da saúde de 1980 e 1990 redefiniu as responsabilidades dentro do setor público de saúde do Brasil. O SUS foi criado na Constituição de 1988, e a legislação básica subsequente orientando a sua implementação e funcionamento foi importante para este processo de reforma. A principal característica da reforma foi a descentralização da prestação de serviços de saúde ao nível municipal.

De acordo com a legislação básica do SUS, as responsabilidades dentro do sistema são divididas da seguinte forma:

- Coordenação e definição de políticas: esta é basicamente a responsabilidade do Ministério da Saúde, embora os estados e (em menor grau) os municípios têm um papel complementar em adaptar e priorizar as políticas federais para as circunstâncias locais.

- Regulamento: isso também é essencialmente uma responsabilidade federal exercida pelo Ministério da Saúde e por uma série de agências autônomas especializadas, tais como ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Os estados e municípios também podem realizar uma regulamentação complementar dentro de suas esferas de influência.

- Financiamento: esse papel é compartilhado entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal), mas a descentralização e as alterações introduzidas no financiamento do SUS ao longo dos anos levaram a uma redução do peso federal de financiamento e aumento das responsabilidades dos estados e principalmente dos municípios.

- Prestação de serviços: como resultado da reforma, a prestação de serviços está atualmente realizada em uma base mais racional, com uma divisão mais clara de responsabilidades. Em geral, atendimentos primários e secundários são de responsabilidade do nível municipal, e gestão de serviços de alto nível é de governos estaduais. No entanto, alguns estados operam hospitais de nível secundário. O Governo Federal dificilmente participa da entrega direta dos serviços de saúde, com exceção de algumas áreas específicas (por exemplo, hospitais de ensino).

Muitos serviços financiados do SUS são entregues por empresas privadas filantrópicas ou lucrativas contratadas pelo SUS ou por meio de acordos especiais conhecidos como convênios.

O Sistema Único de Saúde com financiamento público cobre nominalmente toda a população do Brasil com uma gama completa de serviços gratuitos. Ele efetivamente é o único serviço de saúde para mais da metade da população e é a principal provedora de cuidados aos pobres. Sua estrutura e natureza descentralizada tornam os fluxos financeiros difíceis para acompanhar e monitorar, o que por sua vez torna suas responsabilidades difusas.

O processo de planejamento e orçamento do SUS - semelhante ao de instituições governamentais brasileiras no geral - é bem estruturado, mas excessivamente formalizado. Sua complexidade e burocracia limitam sua utilidade como uma ferramenta de gestão eficaz e como base para a realização de entidades públicas responsáveis (WORLD BANK, 2007).

Em 2010, houve um pequeno aumento no total de recursos que foram gastos na saúde. O valor investido apresentou um crescimento real de R\$1,3 bilhão em relação a 2009. Grande parte dos recursos do Ministério da Saúde foi destinada à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, por meio do Programa de Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada (em torno de 46% do total) ou pela aquisição de medicamentos voltados para tratamentos de média e alta complexidade (IPEA, 2012).

O gráfico 8 mostra a proporção dos gastos federais com saúde em relação ao PIB de 2000 a 2010.

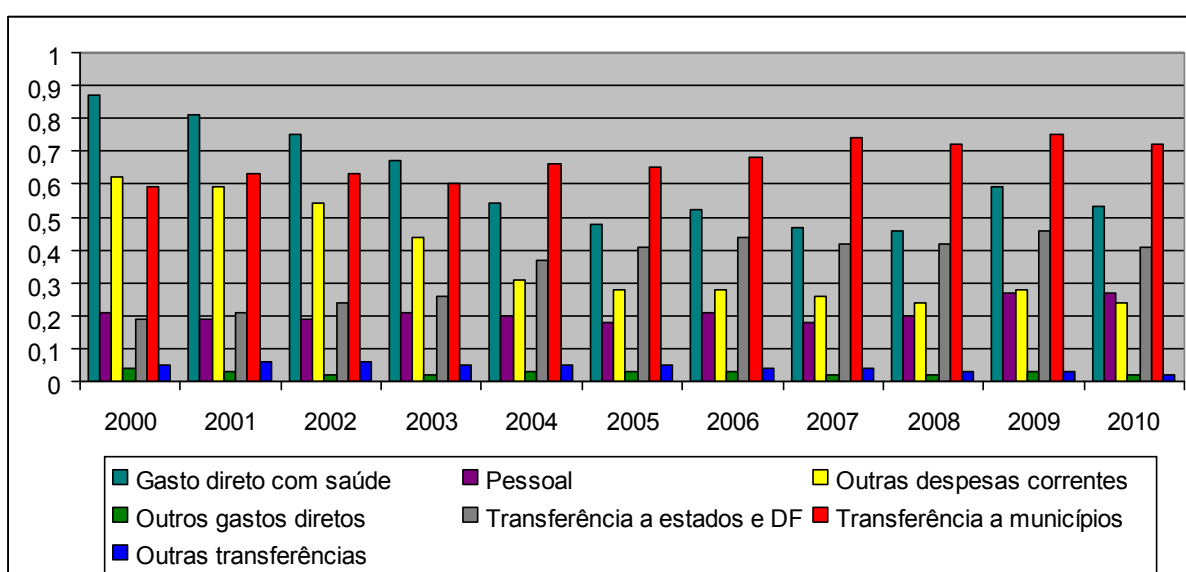


GRÁFICO 8 - GASTO FEDERAL COM SAÚDE, COMO PROPORÇÃO DO PIB
Fonte: Ministério da Saúde (2013)

4.2. REINO UNIDO

O *National Health Service* (NHS) é visto por muitas pessoas como o núcleo do *Welfare State*. As pessoas recebem os cuidados de saúde como um direito. Os principais direitos são o direito de ser registrado com um clínico geral e o direito de ser submetido a exame médico. Não há direito formal para receber qualquer tratamento. Isso está dentro do critério, ou "julgamento clínico", do médico. O acesso aos serviços de saúde depende de registro com um clínico geral. As pessoas sem-abrigo, em particular, têm grande dificuldade em ter acesso a cuidados de saúde primários, porque sem um endereço é geralmente impossível para se cadastrar.

O serviço em si, porém, nunca foi tão abrangente. O NHS racionaliza recursos de acordo com as prioridades. Não existem exames regulares para todos e há longas listas de espera, e as pessoas com necessidades muito graves podem morrer, porque o custo do tratamento é maior do que o NHS pode suportar.

O NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*) aprova medicamentos para uso com base no custo por QALY (Qualidade de ano de vida ajustado). A aprovação depende do custo não exceder £20-30.000 por QALY, embora o nível seja mais elevado para cuidados no fim de vida.

Ao longo de sua história, o NHS tem sido dominado pelos serviços hospitalares, em especial, pelos hospitais universitários de alto status. A maior parte das despesas (mais de 70%) vai para os hospitais. O NHS herdou uma má distribuição de recursos, especialmente em Londres, onde os principais hospitais foram concentrados no centro da cidade. Nesta cidade, a falta de uma cobertura adequada de cuidados primários e o excesso de confiança em hospitais para o tratamento criaram problemas recorrentes. O governo trabalhista na década de 1970 tentou restabelecer o equilíbrio através da transferência de recursos de cuidados hospitalares para os cuidados primários, o que limita o crescimento de regiões mais bem servidas e favorece o desenvolvimento de algumas especialidades deficitárias, como a medicina para os idosos. A política foi continuada pelos conservadores na década de 1980. Reclamações sobre o NHS tendem a se concentrar sobre os problemas dos hospitais: listas de espera, a falta de capacidade ociosa, e falta de controles de gastos.

Inicialmente, o NHS tinha uma estrutura tripartite, com três ramos - hospitais, cuidados primários e serviços de saúde locais. Em 1974, a estrutura unificada foi

introduzida, com três níveis de gestão: regional, área e nível de Distrito. A reorganização de 1974 levou a uma grande quantidade de interrupções, e foi duramente criticada. Após divergências políticas, as autoridades da área da saúde foram abolidas em 1982, desistindo de ideias como a integração local dos serviços e de coordenação com as autoridades dos serviços sociais.

Na década de 1980, o NHS foi alvo de críticas por ser ineficiente, repleto de incentivos perversos e resistente à mudanças. As reformas que se seguiram foram baseadas na crença de que o NHS seria mais eficiente se fosse organizado com os princípios de mercado. Foi sugerida a separação entre comprador e fornecedor, de modo que as autoridades sanitárias pudessem exercer um controle mais efetivo sobre os custos e produção. A administração do NHS foi dividida em fundos autônomos dos quais as autoridades comprem serviços. O papel das Autoridades Regionais de Saúde foi assumido por oito escritórios regionais da administração executiva do NHS. Pela primeira vez, o NHS se tornou administrado nacionalmente, com serviço centralizado (SPICKER, 2013).

Em 2011, A despesa total em saúde no Reino Unido foi de £142,8 bilhões. As despesas com saúde cresceram fortemente entre 1997 e 2009, e desde então, se abrandaram. Em 2011, 82,8% da despesa total foi gasto público. Os restantes 17,2% foram gasto privado. A despesa pública em saúde é composta de todas as despesas do governo em saúde incluindo as despesas de prisões e de defesa. Pesquisa e desenvolvimento, educação e formação na área da saúde não estão incluídas. Em 2009, a despesa pública de saúde cresceu 9,7%: a taxa de maior crescimento anual desde 2004. Em seguida, seu crescimento anual caiu para 2,0% em 2010 e 1,1% em 2011. Porém, entre 1997-2011, a taxa média de crescimento anual foi de 7,3% e o crescimento médio anual de 2009 a 2011 foi de 1,5% (PAYNE, 2013). O gráfico 9 mostra o total de despesas em saúde como proporção do PIB do Reino Unido de 1997 a 2011

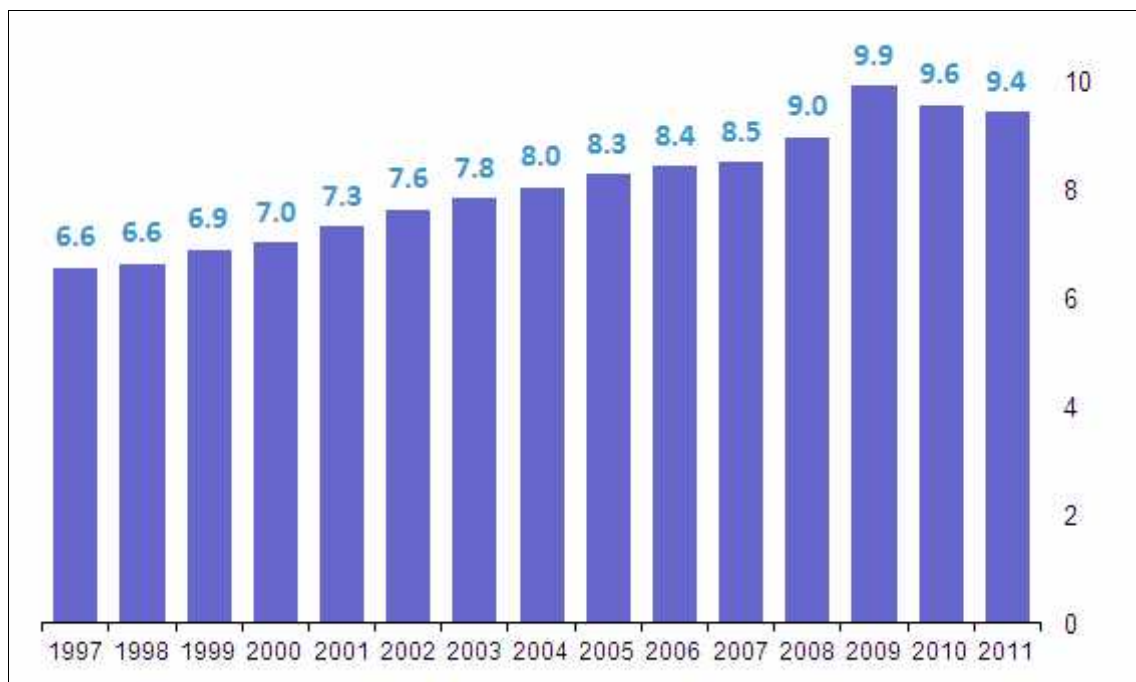


GRÁFICO 9 – TOTAL DE DESPESAS EM SAÚDE COMO PROPORÇÃO DO PIB – 1997 – 2011
 FONTE: PAYNE (2011)

5. PROGRAMAS SOCIAIS BRASIL X REINO UNIDO

5.1. PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA

A situação de pobreza no Brasil é muito mais grave do que no Reino Unido. Enquanto no Brasil o salário mínimo mensal é de R\$678,00, no Reino Unido é de €1.264,25 por mês. O programa brasileiro de transferência de renda Bolsa Família é destinado a famílias em situação de extrema pobreza, ou seja, cuja renda mensal seja menor que R\$70,00. Já o programa britânico de apoio à renda (*Income Support*) é direcionado a pessoas cuja poupança esteja abaixo de £16.000, sendo que uma poupança a partir de £5.999 pode afetar o benefício, mas não impede que ele seja concedido.

O valor dos benefícios também é diferente nos dois países. Os programas de transferência de renda do Reino Unido são mais generosos que os brasileiros. Além dos subsídios serem distribuídos semanalmente (no Brasil o benefício é mensal), o valor normalmente é maior. Outra diferença é que o Bolsa Família leva em conta a quantidade e idade das crianças e adolescentes na família, enquanto que o *Income Support* depende do estado civil, idade e quantidade de filhos do beneficiário.

5.1.1. Brasil: Programa Bolsa Família

O Bolsa Família é um programa do Governo Federal destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, a fim de combater a fome, a pobreza e as desigualdades através da transferência de renda e da garantia de acesso aos direitos sociais básicos de saúde, educação, assistência social e segurança alimentar. O objetivo é promover a inclusão social, contribuindo para a emancipação das famílias beneficiárias, construindo meios e condições para que elas possam sair da situação de vulnerabilidade.

O programa é destinado a famílias em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda per capita mensal de até R\$70,00, tendo elas filhos ou não; famílias pobres, com renda per capita mensal entre R\$70,01 e R\$140,00, que possuam crianças e adolescentes com idade entre 0 e 15 anos; e famílias com renda per capita mensal entre R\$0,00 e R\$140,00, que apresentem em sua composição adolescentes de 16 e 17 anos.

O benefício básico (no valor de R\$70,00 mensal) é concedido às famílias em situação de extrema pobreza, independente da composição e do número de membros do grupo familiar. O benefício variável (R\$32,00 mensal por criança/adolescente) é concedido às famílias pobres e extremamente pobres cuja composição apresente crianças e adolescentes na faixa de 0 a 15 anos. O benefício variável para jovem (R\$38,00 por adolescente) é destinado às famílias pobres e extremamente pobres, que possuam em sua composição adolescentes de 16 e 17 anos. Há também o benefício para Superação da Extrema Pobreza destinado a famílias que possuem renda per capita de até R\$70,00, considerando os benefícios do Bolsa Família. O limite máximo fixado para o PBF é R\$306,00 por mês.

Como condição para receber o benefício, a família precisa ser incluída no Cadastro Único pela prefeitura municipal. Também deve manter em dia o cartão das crianças de 0 a 6 anos, com os dados sobre acompanhamento do peso e da vacinação, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos, é necessário garantir a frequência mínima de 85% da carga horária escolar mensal em estabelecimento de ensino regular, e para adolescentes, é necessária a frequência mínima de 75% da carga horária escolar mensal (Caixa Econômica Federal, 2013).

Em 2010, O PBF beneficiou 12.778.220 famílias, apresentando um aumento de 408.220 famílias em relação a 2009. Além da ampliação do programa, houve preocupação em preservar o poder de compra dos benefícios, que já tiveram seus valores ajustados quatro vezes em sete anos de vigência do programa. O último reajuste ocorreu em setembro de 2009, quando, descontada a inflação no período, o benefício médio obteve um aumento real de 10% (IPEA, 2012).

5.1.2. Reino Unido: Programa de apoio à renda (*Income Support*)

O programa de apoio à renda é direcionado a pessoas que não possuam renda ou tenham uma baixa renda, tenham a partir de 16 anos, estejam trabalhando menos de 16 horas por semana e não estejam cadastradas para receber benefícios como desempregadas. O benefício também é destinado para grávidas, pessoas que se dedicam a cuidar de outras, mães solteiras com criança com menos de cinco anos ou, em alguns casos, pessoas incapazes de trabalhar por estarem doentes ou por possuírem alguma deficiência. O benefício varia de pessoa para pessoa conforme o quadro 1:

Estado Civil	Idade	Pagamento Semanal
Solteiro	16 a 24	£56.80
Solteiro	25 ou mais	£71.70
Pai Solteiro	16 a 17	£56.80
Pai Solteiro	18 ou mais	£71.70
Casal	Ambos com menos de 18	£56.80
Casal	Um abaixo de 18, outro entre 18 e 24	£56.80
Casal	Um abaixo de 18, outro com 25 ou mais	£71.70
Casal	Ambos com 18 ou mais	£112.55

QUADRO 1 – VALOR DO BENEFÍCIO DE APOIO À RENDA
FONTE: UNITED KINGDOM GOVERNMENT (2013)

O beneficiário recebe um pagamento de base (um subsídio pessoal) e pagamentos extras. O valor da renda e da poupança (acima de £ 5.999) pode afetar o benefício. O valor extra pode variar entre £15,15 e £119, dependendo das circunstâncias - por exemplo, se a pessoa é pensionista, inválida ou mãe solteira com um filho deficiente.

O programa não é destinado para pessoas que têm poupanças acima £16.000, precisam de permissão para entrar no Reino Unido, obtêm subsídio de desemprego ou subsídio para pessoas impossibilitadas de trabalhar e jovens cuidados por uma autoridade local (UNITED KINGDOM GOVERNMENT, 2013).

5.2. AUXÍLIO DESEMPREGO

Em ambos os países, este tipo de auxílio é destinado a pessoas aptas a trabalhar e em busca de emprego. No Brasil existe o diferencial dos trabalhadores resgatados da condição de escravo e do pescador que fica sem renda no período de procriação dos peixes. Já para os trabalhadores formais, tanto no Brasil quanto no Reino Unido, é preciso ter um tempo de contribuição para receber o auxílio, a não ser que apresente um baixo rendimento no caso do Reino Unido. O valor dos benefícios é parecido nos dois países, mas no Reino Unido eles são concedidos por mais tempo.

5.2.1. Brasil: Seguro-Desemprego

O Seguro-Desemprego é uma assistência financeira temporária para pessoas que não estão trabalhando. Ela é destinada aos seguintes casos: trabalhador formal e doméstico dispensado sem justa causa, inclusive a dispensa indireta (quando o empregado solicita judicialmente a rescisão devido a ato faltoso do empregador); trabalhador formal com contrato de trabalho suspenso em virtude de participação em curso ou programa de qualificação profissional oferecido pelo empregador; pescador profissional durante o período do defeso (procriação das espécies); e trabalhador resgatado da condição análoga a de escravo em decorrência de ação de fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

As parcelas são pagas mensalmente e de forma contínua. O trabalhador formal tem direito de 3 a 5 parcelas a cada período aquisitivo de 16 meses. A quantidade de parcelas depende da quantidade de meses trabalhados nos últimos 36 meses anteriores à data de dispensa, da seguinte forma:

De 06 a 11 meses: 03 parcelas

De 12 a 23 meses: 04 parcelas

De 24 a 36 meses: 05 parcelas

O valor das parcelas é estabelecido de acordo com a média dos salários dos últimos três meses anteriores à dispensa, e varia entre R\$678,00 a R\$1.235,91, dependendo da faixa salarial do trabalhador. Já o benefício para o pescador artesanal, empregado doméstico e trabalhador resgatado é referente a um salário mínimo (Caixa Econômica Federal 2013).

De acordo com o Ministério do Trabalho, em 2007, o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) gastou R\$ 12,9 bilhões com o pagamento do seguro-desemprego a 6,5 milhões de trabalhadores. Para 2013, a estimativa é uma despesa de R\$ 26,4 bilhões com 8,2 milhões de trabalhadores, ou seja, o gasto nominal dobrou em apenas cinco anos. Este aumento é contraditório, uma vez que a taxa de desemprego no Brasil tem caído muito desde 2006. Hoje o desemprego está abaixo de 6%, e desde 2006, o país tem criado cerca de 1,5 milhões de empregos com carteira assinada todos os anos. O governo já está tomando medidas para evitar fraudes no benefício (SINPRO CAMPINAS, 2013).

5.2.2. Reino Unido: Subsídio de Desemprego (*Jobseeker's Allowance* - JSA)

O Seguro Nacional (*National Insurance*) foi concebido para lidar com uma ampla gama de emprego marginal, incluindo o trabalho casual, trabalho sazonal e de trabalho de curta duração. Nunca houve a intenção, no entanto, de lidar com o desemprego a longo prazo ou em massa. Como o desemprego de longo prazo cresceu na década de 1970 e início de 1980, as pessoas desempregadas se tornaram cada vez mais dependentes tanto no apoio à renda quanto a benefícios alternativos, tais como benefícios por incapacidade ou monoparentalidade.

Em meados da década de 1990, o sistema praticamente deixou de funcionar, com apenas 8% dos homens desempregados recebendo o Seguro Nacional. O benefício foi substituído pelo Subsídio de Desemprego, que tem regras contributivas e não contributivas. Durante esse período também houve uma ênfase crescente na tentativa de envolver as pessoas no mercado de trabalho como o principal caminho para sair da pobreza. O termo "bem-estar para o trabalho" (*welfare to work*) se refere a uma série de medidas destinadas a encorajar as pessoas desempregadas ao mercado de trabalho, incluindo aconselhamento, formação e supervisão. O programa de "reforma da previdência" é baseado em três princípios. O primeiro é a condicionalidade, sujeitando as pessoas desempregadas a sanções no caso de não

cumprimento das regras. A segunda é a personalização, dando às pessoas apoio para acelerar seu retorno ao trabalho de forma individualizada. O terceiro princípio é a contratação de fornecimento, que é uma tentativa de fornecer serviços a um grande número de pessoas (SPICKER, 2013).

O Subsídio de Desemprego é uma ajuda enquanto o beneficiário procura por trabalho. Para obter o benefício, é necessário ter 18 anos ou mais (há algumas exceções para pessoas de 16 ou 17 anos); não estudar em tempo integral; viver na Inglaterra, Escócia ou País de Gales; ser capaz e disponível para trabalhar, estar ativamente à procura de trabalho; e trabalhar, em média, menos de 16 horas por semana. Há dois tipos de Subsídio de Desemprego:

a. Baseado na contribuição – é necessário ter contribuído no Seguro Nacional (*National Insurance*) nos últimos dois anos fiscais. A renda e a poupança não costumam afetar o valor recebido e o benefício tem a duração de 182 dias (aproximadamente 6 meses). Após esse período, o beneficiário poderá obter a ajuda com base no rendimento. O quadro 2 indica o valor semanal dos benefícios baseados na contribuição.

Idade	Pagamento Semanal
16 a 24	£56.80
25 ou mais	£71.70

QUADRO 2 - VALOR DO SUBSÍDIO DE DESEMPREGO BASEADO NA CONTRIBUIÇÃO
FONTE: UNITED KINGDOM GOVERNMENT (2013)

b. Baseado nos rendimentos – para as pessoas que não pagaram o Seguro Nacional como um empregado e apresentam um baixo rendimento. Neste tipo de benefício, a renda e a poupança podem afetar valor recebido. O quadro 3 mostra o valor semanal dos benefícios baseados nos rendimentos.

Estado Civil	Pagamento Semanal
Solteiro (menos de 25 anos)	£56.80
Solteiro (25 anos ou mais)	£71.70
Casal (ambos com 18 anos ou mais)	£112.55
Pai Solteiro (18 anos ou mais)	£71.70
Pai Solteiro (menos de 18 anos)	£56.80

QUADRO 3 - VALOR DO SUBSÍDIO DE DESEMPREGO BASEADO NOS RENDIMENTOS
FONTE: UNITED KINGDOM GOVERNMENT (2013)

Para continuar recebendo a ajuda, é necessário comparecer a uma “Central de Emprego” (*Jobcentre Office*) a cada duas semanas ou quando solicitado para mostrar como está à procura de um emprego (UNITED KINGDOM GOVERNMENT, 2013).

5.3. AUXÍLIO NA HABITAÇÃO

Os programas de auxílio na habitação diferem no fato de que no Brasil o subsídio é para a compra de imóveis e no Reino Unido ele é destinado ao pagamento de aluguel. Isto ocorre porque o valor dos imóveis no Reino Unido é muito alto e raramente as pessoas investem na compra de um imóvel próprio.

No Brasil, os beneficiários recebem ajuda no financiamento da casa própria e não podem ter uma renda mensal de mais de R\$1.600,00. Já no Reino Unido, a renda familiar (incluindo poupança, benefícios e pensões) só começa a ter impacto no auxílio se passar de £6.000.

5.3.1. Brasil: Programa Minha Casa Minha Vida

O Programa Minha Casa, Minha Vida, idealizado pelo Ministério das Cidades, tem a Caixa Econômica Federal como seu principal agente. Este programa visa proporcionar casa própria para famílias de renda mensal de até 10 salários mínimos, com prioridade àquelas que recebem até três salários mínimos, faixa de maior necessidade de moradias. Por meio do programa foi feita a contratação de um milhão e cinco mil unidades habitacionais até dezembro de 2010, sendo 936,5 mil pela Caixa. A meta da segunda fase é construir dois milhões de unidades até 2014.

Para enquadrar os empreendimentos no programa, exige-se a contratação de soluções para infraestrutura: abastecimento de água, esgotamento sanitário, pavimentação, energia elétrica, iluminação pública e coleta de resíduos sólidos. Na área do empreendimento, essas soluções são financiáveis com recursos do programa, o que contribui para tornar viáveis empreendimentos em municípios com pouca capacidade de investimento em infraestrutura urbana.

No período de análise dos empreendimentos, a área de Engenharia da CAIXA analisa o entorno para verificar se os equipamentos sociais existentes – escolas, creches, postos de saúde e postos policiais – são suficientes para atender à nova

demanda. Caso não sejam suficientes, verifica-se junto à prefeitura se há terreno disponível para a construção desses equipamentos e disposição do poder público municipal para mantê-los depois de concluídos. Essa é uma condição essencial para a aprovação do projeto. Se houver terreno e disposição da prefeitura em manter os equipamentos, a União disponibiliza recursos necessários para sua construção, o que ocorre simultaneamente à produção das unidades habitacionais.

O Programa MCMV para famílias com renda mensal de até R\$ 1.600,00, indicadas pela Prefeitura ou Governo do Estado/Distrito Federal, realiza financiamentos de até 120 meses, sem taxas de juros e com prestações limitadas a 5% da renda familiar mensal, com valor mínimo de R\$ 25 mensais.

Os valores máximos dos subsídios - parte do valor do imóvel que será pago pelo governo - são variáveis de cidade para cidade. Cada cidade possui um teto de valor para que o imóvel se encaixe no programa. O valor do subsídio para cada família varia de acordo com sua renda bruta (Caixa Econômica Federal, 2013).

5.3.2. Reino Unido: Subsídio de Habitação (*Housing Benefit*)

O Subsídio de Habitação é um benefício com a finalidade de auxiliar pessoas de renda baixa no pagamento de aluguel. O auxílio pode ocorrer no valor total ou parcial, dependendo da renda e das circunstâncias. Ele pode ser utilizado por pessoas desempregadas ou que estejam trabalhando, mas não pode ser utilizado para aquecimento, água quente, energia ou alimentos. Normalmente o benefício varia entre £250 e £400. O subsídio é retirado com o aumento da renda das pessoas. A taxa de retirada é chamada de “*taper*” e é de 65%, ou seja, para um aumento líquido de renda de £10,00, £6,50 são retiradas.

O valor recebido depende se o beneficiário aluga de forma privada ou de um conselho; se a pessoa possui quartos desocupados e vive em conselho ou habitação social; suas circunstâncias - por exemplo, sua idade, sua família, se alguém da família estiver inválido; a renda familiar e as circunstâncias (incluindo a do parceiro). A renda inclui dinheiro na poupança (mais de £6.000), benefícios e pensões.

O benefício é concedido a pessoas que pagam aluguel, estão com um baixo rendimento ou reivindicando benefícios e cujas economias estão abaixo de certo nível - geralmente £16.000. Para pessoas que vivem com um parceiro, apenas um

pode obter o subsídio. Para solteiros com menos 35 anos, só é possível obter o subsídio para alojamento ou um quarto individual em alojamento partilhado.

Normalmente o Subsídio de Habitação não é dado a pessoas cujas economias são mais de £16,000 (a menos que elas obtenham Garantia de Crédito de Pensão); vivem na casa de um parente próximo; sejam estudantes em tempo integral (a menos que estejam inválidas ou tenham filhos); ou sejam requerentes de asilo ou financiados para viver no Reino Unido (UNITED KINGDOM GOVERNMENT, 2013).

6. CONCLUSÃO

Embora o Brasil e o Reino Unido apresentem semelhanças em relação ao tamanho da economia, crescimento populacional e forte investimento em programas sociais, a condição de vida nesses dois países é muito divergente. No Reino Unido, por exemplo, a renda per capita é 3,4 vezes maior que no Brasil e o gasto com saúde per capita é 3,22 vezes maior. Portanto, a situação de pobreza dos beneficiários de programas sociais no Brasil é muito mais grave do que a dos beneficiários do Reino Unido. Por exemplo, o programa brasileiro de transferência de renda Bolsa Família é destinado a famílias cuja renda mensal seja menor que R\$70,00. Já o programa britânico de apoio à renda (*Income Support*) é direcionado a pessoas cuja poupança esteja abaixo de £16.000, sendo que uma poupança a partir de £5.999 pode afetar o benefício, mas não impede que ele seja concedido.

O valor dos benefícios também é bastante diferente nos dois países. Os programas de transferência de renda do Reino Unido são mais generosos que os brasileiros. Além dos subsídios serem distribuídos semanalmente (no Brasil o benefício é mensal), o valor normalmente é maior. Já os benefícios de auxílio desemprego têm o valor parecido, mas são concedidos por mais tempo no Reino Unido.

Os programas de auxílio na habitação diferem no fato de que no Brasil o subsídio é para a compra de imóveis e no Reino Unido ele é destinado ao pagamento de aluguel. Isto ocorre porque o valor dos imóveis no Reino Unido é muito alto e raramente as pessoas investem na compra de um imóvel próprio.

Apesar de os britânicos e irlandeses pagarem mais impostos, o investimento público em seguridade social no Reino Unido é significativamente maior que no

Brasil. Em 2010, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) do Brasil contabilizou um gasto de R\$37,964 bilhões em assistência social, enquanto o governo do Reino Unido declarou gastos de £111,7 bilhões de libras. E em 2011, o governo do Reino Unido foi responsável por 82,7% dos gastos totais em saúde, enquanto no Brasil a porcentagem dos gastos públicos foi de apenas 45,74%.

REFERÊNCIAS

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. Disponível em: <<http://www.caixa.gov.br>>. Acesso em: 19/08/2013.

FELIPE, Aneli Cristine. *Brasil, um legado de descontinuidades nas políticas sociais*. Curitiba, 2006.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Políticas sociais*. Ano 2012, Núm. 20

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2011/matriz.htm#recur>>. Acesso em: 28/08/2013.

PAYNE, Chris S. *Expenditure on healthcare in the UK: 2011*. Office for National Statistics. Londres, maio de 2013. Disponível em: <http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171766_308689.pdf>. Acesso em: 22/08/2013.

SINDICATO DOS PROFESSORES DE CAMPINAS E REGIÃO (SINPRO CAMPINAS). *Gasto com seguro-desemprego cairá em 2013*. Disponível em: <<http://www.sinprocampinas.org.br/?q=node/10452>>. Acesso em: 24/08/2013.

SPICKER, Paul. *An introduction to Social Policy*. Robert Gordon University. Disponível em: <<http://www2.rgu.ac.uk/publicpolicy/introduction/>>. Acesso em: 19/08/2013.

United Kingdom Central Government and Local Authority Spending. Disponível em: <http://www.ukpublicspending.co.uk/year_spending_2012UKdn_13dc1n_00102040#ukgs302>. Acesso em: 19/08/2013.

UNITED KINGDOM GOVERNMENT. Disponível em: <<https://www.gov.uk/>>. Acesso em: 19/08/2013.

WORLD BANK. *Brazil Governance in Brazil's Unified Health System (SUS): raising the quality of public spending and resource management*. Relatório nº 36601-BR. Fevereiro, 2007. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/>>. Acesso em: 19/08/2013.

WORLD BANK DATA. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/>>. Acesso em: 19/08/2013.